

# レディース健診 問診票(乳房・子宮)

年 月 日

フリガナ お名前				様
生年月日	明・大・昭	年	月	日
		年齢		歳

- ・子宮がん検診を以前受けられた事がありますか 有・無  
( 年 月頃 頸部・体部)
- ・乳がん検診を以前受けられた事がありますか 有・無  
( 年 月頃)
- ・マンモグラフィを撮影されたことはありますか 有・無  
( 年 月頃)
- ・当クリニックを受診されたことはありますか 有・無  
( 年 月頃)
- ・「有」とお答えの方にお聞きします。
  - ・精密検査を受けましたか 受けた・受けていない
  - ・精密検査の内容はどのようなものでしたか(いくつでも)  
組織診(子宮)・マンモグラフィ・エコー・CT・MRI  
穿刺吸引細胞診・その他( )
  - ・その結果はどうでしたか

- 
- ・ホルモン剤を使用されたことはありますか 有・無  
(期間 年から 年まで)  
(種類 )
  - ・現在、子宮や乳房に関して何か気になる事がありますか 有・無

- 
- ・それはいつ頃からですか ( 年 月頃)
  - ・それは生理と関係がありますか 有・無

- ・最終月経 月 日から 日間 (周期 日 : 順・不順)  
初経 歳 / 閉経 歳

- ・初産 歳 ・妊娠 回 ・分娩 回 ・授乳(母乳・混合・人工)

- ・ご家族に乳がんや子宮がんになられた方はおられますか 有・無  
・どなたですか (病名 )

- 
- ・豊胸手術を受けていますか 有・無  
( 年 月頃)
  - ・ペースメーカーをされていますか 有・無  
( 年 月頃)

どうもありがとうございました。以上で問診は終わりです。

医療法人果恵会  
ヤマト健診クリニック